



Fall-Nr.: IV 2009/77
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 01.07.2020
Entscheiddatum: 02.03.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 02.03.2011

Art. 14a, 18, 28 IVG, Art. 8 ATSG: Widersprüchliche medizinische Berichte. Integrationsmassnahmen. Arbeitsvermittlung. Erwecken medizinische Berichte erhebliche Zweifel an einem versicherungsexternen Gutachten, sind weitere Abklärungen erforderlich. Zumindest solange nicht feststeht, dass in angepassten Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit besteht, sind Integrationsmassnahmen zu prüfen und Arbeitsvermittlung zu gewähren (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. März 2011, IV 2009/77).

Entscheid Versicherungsgericht, 02.03.2011

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Entscheid vom 2. März 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Kehl, Poststrasse 22, Postfach 118,
9410 Heiden,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente; berufliche Massnahmen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 13. September 2006 zum Bezug einer Rente der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an. Als Art der Behinderung gab sie „Schmerzen und Depression“, bestehend seit Februar 2005, an (IV-act. 10).

A.b Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, erstattete am 13. November 2006 einen Arztbericht. Er diagnostizierte (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, unklare intermittierende Parästhesien der rechtsseitigen Extremitäten und der rechten Gesichtshälfte (differenzialdiagnostisch rezidivierende transitorische ischämische Attacken bei arterieller Hypertonie und kernspintomographisch Hinweisen auf eine beginnende Marklagerischämie im Februar 2005) sowie einen Verdacht auf eine diskrete lumbale radikuläre Reizsymptomatik mit Symptomausweitung und Status nach Operation einer lumbalen Diskushernie L5/S1 rechts 1987. Aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zu 40 % eingeschränkt; unter Berücksichtigung der psychischen Beschwerden bestehe gemäss Dr. med. C.____, Praktischer Arzt FMH, eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 32). Dem Bericht lagen diverse weitere Arztberichte bei. Diesen lässt sich Folgendes entnehmen:

Anlässlich einer Hospitalisation im Spital Altstätten vom 5. bis zum 10. September 1985, die aufgrund rezidivierend auftretenden Schwindels, Palpitationen, Zittern der Hände, Brennen hinter der Brust mit Ausstrahlung ins linke Schulterblatt, auch in Ruhe, Schweissausbrüchen und zeitweisen Frösteln erfolgt war, konnten keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer organischen Krankheit gefunden werden, weshalb ein depressives Syndrom mit Konversionssymptomen diagnostiziert und eine



St.Galler Gerichte

ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in die Wege geleitet wurde (Bericht vom 11. September 1985; IV-act. 32).

Gemäss den Berichten des Kantonsspitals St. Gallen vom 11. Mai 1987, des Spitals Rorschach vom 19. Mai 1987 und der Rheumaklinik Zurzach vom 30. Juni 1987 war am 30. April 1987 die operative „Entfernung einer riesigen Diskushernie L5/S1 rechts“ mit anschliessender Rehabilitation erfolgt (IV-act. 32). Laut Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 5. Februar 1988 litt die Versicherte unter Berücksichtigung der neurologischen Untersuchung vom 4. Februar 1988 und der Computertomographie vom 3. Dezember 1987 lediglich noch unter Restbeschwerden im Bereich der Nervenwurzel S1, entsprechend einer unvollständigen Erholung besagter Nervenwurzel (IV-act. 32).

Vom 13. Januar bis zum 5. Februar 2005 befand sich die Versicherte zur stationären Behandlung in der Klinik Gais. Im Austrittsbericht wurden eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, eine Hypertonie sowie anamnestisch ein Uterusmyom diagnostiziert und eine volle Arbeitsfähigkeit ab dem 7. Februar 2005 attestiert (IV-act. 32).

Nachdem die Versicherte während einiger Monate unter anfallsweisen Parästhesien an der rechten Gesichtshälfte sowie einer Schwäche im rechten Arm und Bein gelitten hatte, wurde am 11. Februar 2005 eine Kernspintomographie durchgeführt, welche einen fünf Millimeter grossen lakunären Defekt subependymal im Bereich des linken Seitenventrikelvorderhorns (differenzialdiagnostisch eventuell erweiterter Virchow-Robin-Raum) ohne sicheren Krankheitswert sowie einzelne unspezifische wenige Millimeter grosse Signalstörungen im fronto-parietalen Marklager, wahrscheinlich einzelnen unspezifischen Glianarben entsprechend, ergab (IV-act. 32).

Die Versicherte wurde sodann am 16. März 2005 durch Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Neurologie, neurologisch und elektroencephalographisch untersucht. Der klinische neurologische Befund fiel bis auf die bekannte Hypakusis links und hypertone Blutdruckwerte regelrecht aus, ebenso die elektroencephalographische Untersuchung; angesichts der arteriellen Hypertonie konnte Dr. E.____ rezidivierende transitorische



ischämische Attacken aber nicht vollständig ausschliessen. In Anbetracht der Ergebnisse der Kernspintomographie vom 11. Februar 2005 und der bekannten Hypertonie sei zudem eine diskrete, beginnende Marklagerischämie auf dem Boden von arteriosklerotischen Veränderungen kleiner Hirngefässe möglich. Angesichts der persönlichen Anamnese mit Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts sei auch eine diskrete lumbale radikuläre Reizsymptomatik, ausgelöst durch längeres Stehen, möglich. Da die Versicherte seit Jahren unter diversen psychosomatischen Beschwerden leide, falle differenzialdiagnostisch eine somatoforme Störung in Betracht. Dr. E.____ empfahl eine Dopplersonographie der grossen hirnzuführenden Gefässe, eine weitere Kernspintomographie nach Ablauf eines Jahres sowie eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule bei Persistieren der Missempfindungen im rechten Bein (IV-act. 32).

A.c Am 19. März 2007 erstattete Dr. C.____ einen Arztbericht, in welchem er eine mittel- bis schwergradige rezidivierende depressive Störung auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit, eine Panikstörung sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostizierte und eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 14. September 2002 attestierte (IV-act. 38).

A.d Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die ABI Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (nachfolgend: ABI) am 20. Oktober 2008 ein polydisziplinäres Gutachten mit je einem psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Teilgutachten. Gesamthaft diagnostizierten die Gutachter (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik mit/bei beginnenden degenerativen Veränderungen der Iliosakralgelenke beidseits und Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts sowie ein Karpaltunnelsyndrom beidseits. Aufgrund der festgestellten Befunde sei der Versicherten die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Textilindustrie, welche als körperlich mittelschwere Tätigkeit mit intermittierend schweren Anteilen zu qualifizieren sei, nicht mehr zumutbar; eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, bei der eine Hebe- und Tragelimit von zehn Kilogramm nur ausnahmsweise überschritten werde und länger dauernde Zwangshaltungen des Rumpfes sowie repetitive gleichförmige manuelle Bewegungen und monotone Haltungen der Arme nicht erforderlich seien, sei hingegen zu 100 % zumutbar (IV-act. 57).



St.Galler Gerichte

A.e Gestützt auf das Gutachten des ABI vom 20. Oktober 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten am 5. Dezember 2008 mittels zweier Vorbescheide mit, dass sie vorsehe, sowohl den Anspruch auf Arbeitsvermittlung als auch den Anspruch auf eine Rente zu verneinen (IV-act. 61–65).

A.f Am 3. Februar 2009 verfügte die IV-Stelle entsprechend, nachdem innert der gesetzten Frist keine Einwände gegen die Vorbescheide vom 5. Dezember 2008 erhoben worden waren (IV-act. 72 f.).

B.

B.a Mit Beschwerde vom 2. März 2009 beantragte die Beschwerdeführerin die Aufhebung der Verfügungen vom 3. Februar 2009. Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, berufliche Massnahmen zu treffen und nach Abschluss derselben die Rentenfrage erneut zu prüfen. Eventualiter sei ihr eine Rente zuzusprechen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, der Anspruch auf Arbeitsvermittlung sei gemäss den einschlägigen Bestimmungen des Kreisschreibens über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art (KSBE) gegeben; da im Gutachten des ABI vom 20. Oktober 2008 auch von einer Dekonditionierung die Rede sei, erscheine es allenfalls angebracht, vor der eigentlichen Arbeitsvermittlung im Sinne von Integrationsmassnahmen ein Belastbarkeits- und Arbeitstraining durchzuführen. Erst danach könne die Rentenfrage geprüft werden. Vorsorglich werde darauf hingewiesen, dass der Einkommensvergleich auf fiktiven Zahlen basiere, da die Ergebnisse der Lohnstrukturerhebung 2008 (LSE 2008) noch gar nicht vorlägen; zudem sei nicht berücksichtigt worden, dass die Beschwerdeführerin offensichtlich ein stark unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hätte; schliesslich sei auch ein Leidensabzug vorzunehmen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 27. April 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, auch wenn auf die einschlägigen Zahlen für das Jahr 2004 abgestellt würde, ergäbe sich angesichts der zumutbaren Resterwerbsfähigkeit keine Invalidität; Validen- und Invalideneinkommen seien gleich hoch. Ein Leidensabzug sei nicht vorzunehmen, da der Beschwerdeführerin auch körperlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien.



Bezüglich des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin gar nicht arbeitsunfähig sei, weil gemäss den einschlägigen Bestimmungen auch die Arbeitsfähigkeit in anderen zumutbaren Tätigkeiten zu berücksichtigen sei, wenn die Arbeitsunfähigkeit lange angedauert habe. Behinderungsbedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche seien nicht ersichtlich, weshalb kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung durch die Invalidenversicherung bestehe. Was die Dekonditionierung anbelange, so sei es der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer Selbsteingliederungs- und Schadenminderungspflicht zumutbar, durch eine adäquate Lebensweise die Folgen dieses Leidens zu überwinden; sie habe mithin keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen (act. G 4).

B.c Die Beschwerdeführerin hielt mit Replik vom 17. Juni 2009 an den gestellten Anträgen fest. Ihre Beschwerdebeurteilung ergänzte sie im Wesentlichen wie folgt: Bereits 1985 sei eine depressive Störung dokumentiert worden (Bericht des Spitals Altstätten vom 11. September 1985); Dr. C.____ behandle sie seit 2002 wegen Depressionen; die Klinik Gais habe im März 2005 ebenfalls eine mittelgradige depressive Symptomatik diagnostiziert; schliesslich habe auch die Klinik Teufen im Anschluss an einen Rehabilitationsaufenthalt vom 16. März bis zum 1. Mai 2009 psychische Beeinträchtigungen attestiert. Entgegen der Einschätzung der Gutachter des ABI könne deshalb nicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die Gutachter hätten sich ausschliesslich mit dem Bericht von Dr. C.____ auseinandergesetzt und die Berichte des Spitals Altstätten vom 11. September 1985 und der Klinik Gais vom 7. März 2005 gänzlich unberücksichtigt gelassen. Das Gutachten des ABI stehe zudem in krassem Widerspruch zu den kürzlichen Feststellungen der Klinik Teufen. Die widersprüchlichen Einschätzungen erforderten eine neuerliche psychiatrische Abklärung, beispielsweise durch die Psychiatrische Klinik Littenheid. Was die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Invaliditätsgrades und zum Anspruch auf Arbeitsvermittlung anbelange, so seien diese nicht nachvollziehbar (act. G 10). Der Replik lag der Austrittsbericht der Klinik Teufen vom 4. Mai 2009 betreffend die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 16. März bis zum 1. Mai 2009 bei. In diesem wurden eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, schwere depressive Episoden in der Vergangenheit, eine Agoraphobie mit Panikstörung sowie eine somatoforme



Schmerzstörung diagnostiziert; die Beschwerdeführerin sei nach Austritt zu 100 % arbeitsunfähig (act. G 10.1.3).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 12).

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich auf Integrationsmassnahmen, Arbeitsvermittlung oder Rente, hat, und – damit zusammenhängend – in welchem Ausmass sie in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist.

2.

2.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zug der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Der zu beurteilende Sachverhalt beschlägt teilweise den Zeitraum vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision. Da sich die Definition der Invalidität und die damit zusammenhängenden Begriffe und Voraussetzungen mit dieser Revision nicht geändert haben, werden nachfolgend die seit dem 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen wiedergegeben.

2.2 Arbeitsunfähigkeit ist die durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 Satz 2 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist demgegenüber der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Invalidität ist schliesslich die voraussichtlich



bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG).

2.3 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Der Sachverhalt ist von Amtes wegen festzustellen und es ist demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.4 Rechtsprechungsgemäss hat das Sozialversicherungsgericht auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 220 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Später eingetretene Tatsachen, die zu einer Änderung des Sachverhalts geführt haben, sind grundsätzlich nicht im Rahmen des hängigen, sondern im Rahmen eines weiteren Verfahrens zu berücksichtigen (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Sind später eingetretene, mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehende Tatsachen indes geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung zu beeinflussen, so sind sie im laufenden Verfahren zu berücksichtigen (Entscheid 9C_24/2008 des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, E. 2.3.1 mit zahlreichen Hinweisen).

3.

Im Hinblick auf die Würdigung der medizinischen Aktenlage ist vorab zu prüfen, ob der zusammen mit der Replik vom 17. Juni 2009 eingereichte Austrittsbericht der Klinik Teufen vom 4. Mai 2009 betreffend den Rehabilitationsaufenthalt vom 16. März bis zum



St.Galler Gerichte

1. Mai 2009 (act. G 10.1.3) in diesem Verfahren überhaupt zu berücksichtigen ist, nachdem er erst rund drei Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügungen vom 3. Februar 2009 verfasst wurde

3.1 Die Ärzte der Klinik Teufen stellten eine deutliche Neigung zum Grübeln und zum Gedankenkreisen fest. Im Affekt habe die Beschwerdeführerin verarmt, ratlos, deprimiert und hoffnungslos sowie deutlich ängstlich gewirkt. Das Explorationsgespräch habe sich etwas zähflüssig gestaltet, was durchaus den geklagten Auffassungs-, Konzentrations- sowie Merkfähigkeitsstörungen entspreche. Im formalen Denken sei die Beschwerdeführerin verlangsamt, gehemmt und umständlich gewesen sowie mittelgradig eingengt auf Sorgen sowie das Erleben des eigenen Beschwerdebildes. Mehrmals seien während der Exploration Tränen geflossen. Der Antrieb sei gehemmt und die Psychomotorik verlangsamt bei gleichzeitig geklagter innerer Unruhe. Es seien zudem ein Morgentief, sozialer Rückzug, Schlafstörungen, Appetitverminderung und Verlust der Libido beklagt worden. Während der Behandlung seien die ausgesprochene Hartnäckigkeit der Schmerzen sowie eine akzentuierte Ermüdbarkeit und Gedächtnisstörungen aufgefallen. Angesichts dieser Befunde und unter Berücksichtigung der Anamnese diagnostizierten die Ärzte der Klinik Teufen eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, in der Vergangenheit dokumentierte schwere depressive Episoden, eine Agoraphobie mit Panikstörung und eine somatoforme Schmerzstörung.

3.2 Im Vergleich zu den vor Erlass der angefochtenen Verfügungen vorliegenden medizinischen Berichten enthält der Austrittsbericht weder neue Diagnosen noch wesentliche neue Befunde. Die Feststellungen im Austrittsbericht sind daher in Bezug auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen verwirklicht hat, nicht als neu zu qualifizieren. Dem Austrittsbericht lassen sich auch keine Hinweise darauf entnehmen, dass es nach Erlass der angefochtenen Verfügungen zu einer erheblichen Verschlechterung des Zustands gekommen wäre. Vielmehr ist aufgrund der Feststellungen anzunehmen, die Ärzte gingen von einem über längere Zeit gleich gebliebenen Zustand aus. Auch in dieser Hinsicht bezieht sich der Austrittsbericht mithin nicht auf Tatsachen, die erst nach Erlass der angefochtenen Verfügungen eingetreten sind. Der Austrittsbericht ist daher im vorliegenden Verfahren hinsichtlich der Würdigung der medizinischen Aktenlage mit zu berücksichtigen.



4.

In medizinischer Hinsicht stehen eine depressive Störung (verbunden mit einer Panikstörung), Parästhesien der rechtsseitigen Extremitäten und der rechten Gesichtshälfte sowie eine Somatisierungsstörung (verbunden mit einem Rückenleiden) im Vordergrund. Das Gutachten des ABI vom 20. Oktober 2008 geht auf alle drei Beschwerdekompexe ein und enthält eine klare Schlussfolgerung in Bezug auf Diagnosen und Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in angepassten Tätigkeiten. Da gemäss ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens von Sozialversicherungsträgern eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten (sofern sie aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen) bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit Hinweisen), ist grundsätzlich auf das Gutachten des ABI vom 20. Oktober 2008 abzustellen, es sei denn, konkrete Indizien würden dessen Zuverlässigkeit in Frage stellen. Diese Frage ist im Folgenden für alle drei Beschwerdekompexe separat zu prüfen.

4.1 Im Gutachten des ABI werden das Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung und dementsprechend auch die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen verneint. Es sei zwar möglich, dass zu Beginn der Behandlung durch Dr. C.____ eine depressive Störung vorgelegen habe, anlässlich der Begutachtung durch das ABI hätte aber keine entsprechende Symptomatik validiert werden können (IV-act. 57). Diese Beurteilung deckt sich nicht mit den Berichten von Dr. C.____ (IV-act. 38), der Klinik Gais (act. G 10.1.2) und der Klinik Teufen (act. G 10.1.3) sowie des Spitals Altstätten (der sich allerdings auf einen lange zurückliegenden Zeitpunkt bezieht und hier einzig insofern von Bedeutung ist, als er belegt, dass eine depressive Störung bereits vor über 30 Jahren festgestellt und entsprechend behandelt worden ist; IV-act. 32), wird doch in allen diesen Berichten zumindest eine mittelgradige depressive Störung beschrieben und diagnostiziert. Da die Beurteilung der Ärzte der Klinik Teufen gut ein halbes Jahr nach dem Gutachten des ABI abgegeben worden ist und im Wesentlichen der Beurteilung von Dr. C.____



entspricht, der sich seinerseits auf den Verlauf in den Jahren 2002–2007 und insbesondere auf die damals letzte Untersuchung vom 21. Februar 2007 bezog, mithin sowohl vor der Begutachtung durch das ABI als auch danach eine relevante depressive Störung festgestellt wurde, kann die unterschiedliche Beurteilung nicht als Ausdruck eines schwankenden Verlaufs verstanden werden. Gegen einen schwankenden Verlauf spricht auch, dass sowohl die Gutachter des ABI als auch Dr. C.____ und die Ärzte der Klinik Teufen von einem grundsätzlich stabilen, langfristigen Verlauf ausgehen: Im Gutachten des ABI wird festgehalten, es liessen sich weder anamnestisch noch im Befund depressive Merkmale objektivieren, und weiter, dass sich keine Hinweise darauf entnehmen liessen, dass in der Vergangenheit jemals während längerer Zeit eine wesentlich höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden hätte; im Arztbericht von Dr. C.____ vom 19. März 2007 wird dagegen festgehalten, der Zustand habe sich chronifiziert, und es sei durch die bisherige Therapie zu keiner Besserung des Zustandes gekommen; im Austrittsbericht der Klinik Teufen vom 4. Mai 2009 wird schliesslich festgehalten, die festgestellten Gesundheitsbeeinträchtigungen lägen anamnestisch im Wesentlichen unverändert seit Jahren vor. Es handelt sich somit um einen eigentlichen Widerspruch zwischen der Beurteilung der Gutachter des ABI und der Beurteilung der behandelnden Fachärzte. Dieser Widerspruch spiegelt sich auch in den stark voneinander abweichenden Schilderungen der Beschwerdeführerin wieder: Im Gutachten des ABI wird sie als im Kontaktverhalten unkompliziert, heiter und gelöst von ihrer Kindheit und Jugend berichtend, selbstbewusst, temperamentvoll und psychodynamisch durchaus vital wirkend beschrieben, während Dr. C.____ und die Ärzte der Klinik Teufen in ihren Berichten die Beschwerdeführerin als im formalen Denken langsam, gehemmt und umständlich, auf Sorgen sowie das Erleben des eigenen Beschwerdebildes eingeschränkt, mit deutlicher Neigung zum Grübeln und zum Gedankenkreisen, im Affekt verarmt wirkend, ratlos, deprimiert und hoffnungslos sowie deutlich ängstlich, im Antrieb gehemmt und psychomotorisch verlangsamt beschreiben. Auf diesen Widerspruch wird im Gutachten des ABI nicht vertieft eingegangen; die Gutachter führen nichts an, was zur Auflösung des Widerspruchs beitragen könnte. Insofern erwecken deshalb insbesondere die Berichte von Dr. C.____ und der Klinik Teufen Zweifel an der Zuverlässigkeit der Beurteilung des ABI in Bezug auf die depressive Störung sowie die Angst- bzw. Panikstörung. Es kann mithin anhand der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, ob die



Beschwerdeführerin an einer depressiven und/oder an einer Angst- oder Panikstörung leidet, und inwiefern sie dadurch in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist.

4.2 Bezüglich der Parästhesien der rechtsseitigen Extremitäten und der rechten Gesichtshälfte wird im Gutachten des ABI darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin eine entsprechende Sensibilitätsstörung angegeben habe, in der neurologischen Untersuchung aber keine objektivierbaren Lateralisationszeichen festgestellt werden konnten, ebensowenig wie Hinweise auf eine radikuläre Reizbeziehungsweise sensomotorische Ausfallsymptomatik oder eine Störung der langen Bahnen; es handle sich um eine unspezifische Störung, wie sie bei Personen mit chronischen Schmerzen oftmals beobachtet werden könne. Der mittels MRI vom 11. Februar 2005 nachgewiesene lakunäre Defekt im Bereich des linken Seitenventrikelvorderhorns wird als Ausdruck einer zerebralen Mikroangiopathie und als Zufallsbefund ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert. Die Verlaufskontrolle im Jahr 2006 habe einen praktisch identischen Befund ergeben. Diese Beurteilung deckt sich zwar im Wesentlichen mit dem Bericht von Dr. E.____ vom 16. März 2005 (IV-act. 32) und dem MRI-Bericht vom 11. Februar 2005 (IV-act. 32). Allerdings ergibt sich aus der Auflistung der berücksichtigten Akten, dass dem ABI kein Bericht betreffend die Verlaufskontrolle 2006 vorgelegen hat. Die Aussage, die Verlaufskontrolle habe einen praktisch identischen Befund ergeben, stützt sich offensichtlich lediglich auf eine entsprechende Bemerkung von Dr. C.____ in dessen Bericht vom 19. März 2007 (IV-act. 38), ist also nicht hinreichend abgesichert (die Wiedergabe eines Berichts, der nicht vorgelegen hat, erweckt generell Zweifel an der Seriosität der Abklärungen). Hinzu kommt, dass mittels MRI vom 11. Februar 2005 ein Krankheitswert des lakunären Defekts nicht sicher ausgeschlossen werden konnte und Dr. E.____ weitere Abklärungen ausdrücklich empfohlen hatte. Ohne Kenntnis der weiteren Berichte war eine zuverlässige Beurteilung bezüglich dieses Beschwerdekompleses mithin nicht möglich. Die weiteren Berichte hätten abgewartet und mitberücksichtigt werden müssen, oder aber es hätten entsprechende Untersuchungen durch das ABI durchgeführt werden müssen. Mangels Vorliegens weiterer Berichte ist die diesbezügliche Beurteilung des ABI nicht hinreichend abgestützt. Auch diesbezüglich ist die Zuverlässigkeit des Gutachtens des ABI daher anzuzweifeln.



4.3 Was die Somatisierungsstörung und die damit in Zusammenhang stehenden Rückenbeschwerden betrifft, so verneinen die Gutachter des ABI einerseits ein neurologisches Korrelat der Rückenbeschwerden und andererseits aus psychiatrischer Sicht das Vorliegen einer eigentlichen Somatisierungsstörung bzw. einer somatoformen Schmerzstörung. Diese Beurteilung deckt sich nicht mit jener von Dr. C.____, der eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostizierte, jener der Klinik Gais, die ebenfalls eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostizierte, und jener der Klinik Teufen, die eine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte. Hinsichtlich dieser abweichenden Beurteilung wird im Gutachten des ABI ausgeführt, die Somatisierungsstörung werde als Beschwerdeausweitung und Selbstlimitierung verstanden. Da weder Dr. C.____ noch die Ärzte der Klinik Gais oder der Klinik Teufen die Diagnose der undifferenzierten Somatisierungsstörung bzw. der somatoformen Schmerzstörung näher begründen und da sich den entsprechenden Berichten auch nicht entnehmen lässt, dass diese eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen würde, sind diese Berichte nicht geeignet, Zweifel an der Zuverlässigkeit der entsprechenden Beurteilung des ABI zu erwecken.

4.4 Abschliessend ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass die Beurteilung von Dr. B.____ in dessen Bericht vom 13. November 2006 (IV-act. 32), aufgrund der somatischen Beschwerden bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %, einer eigentlichen Begründung entbehrt, wie auch die Gutachter des ABI zu Recht bemängeln, zumal in somatischer Hinsicht in besagtem Bericht lediglich unklare intermittierende Parästhesien der rechtsseitigen Extremitäten und der rechten Gesichtshälfte sowie der Verdacht auf eine diskrete lumbale radikuläre Reizsymptomatik – welche anlässlich der Begutachtung durch das ABI übrigens nicht bestätigt werden konnte – diagnostiziert werden. Bezüglich der somatischen Beschwerden ist deshalb grundsätzlich auf das Gutachten des ABI und nicht auf den Bericht von Dr. B.____ abzustellen.

4.5 Gesamthaft bestehen also erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens des ABI vom 20. Oktober 2008: In neurologischer Hinsicht wurden die aktuellsten Berichte nicht berücksichtigt bzw. keine neuen Untersuchungen gemacht, in psychiatrischer Hinsicht bestehen zwischen der Beurteilung des ABI und der Beurteilung der behandelnden Ärzte erhebliche Widersprüche, die sich nicht auflösen



lassen. Auf das Gutachten des ABI vom 20. Oktober 2008 kann für die Bemessung des Invaliditätsgrades deshalb nicht abgestellt werden.

4.6 Es liegt angesichts dessen aber auch auf der Hand, dass auch die übrigen Berichte die Bemessung des Invaliditätsgrades nicht erlauben. Vielmehr sind weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen, weshalb die Sache in diesem Sinne an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist.

5.

Zu prüfen ist abschliessend, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 3 lit. a^{bis} und Art. 14a IVG und/oder Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe) im Sinne von Art. 8 Abs. 3 lit. b und Art. 15 ff. IVG hat.

5.1 Zum Anspruch auf Integrationsmassnahmen:

5.1.1 Anspruch auf Integrationsmassnahmen haben gemäss Art. 14a Abs. 1 IVG Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig im Sinne von Art. 6 ATSG sind. Als Integrationsmassnahmen gelten gemäss Art. 14a Abs. 2 IVG gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation (lit. a) und Beschäftigungsmassnahmen (lit. b). Gemäss der Botschaft des Bundesrates vom 22. Juni 2005 zur Änderung des IVG (5. IV-Revision) sollen diese Eingliederungsinstrumente insbesondere für die Gruppe von psychisch kranken Personen die Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung verbessern. Mit den Integrationsmassnahmen sollen dort, wo sich dies im Rahmen eines konkreten Eingliederungsplans als notwendig erweist, die Voraussetzungen für weitergehende Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden (BBI 2005 4523).

5.1.2 Gemäss den im Recht liegenden Akten wurde der Anspruch auf Integrationsmassnahmen im Sinne von Art. 14a IVG bislang nicht geprüft, obwohl die Beschwerdeführerin die Voraussetzungen – mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit während mindestens eines halben Jahres – grundsätzlich erfüllte. In der Beschwerdeantwort äusserte sich die Beschwerdegegnerin erstmals zum Anspruch auf



Integrationsmassnahmen. Ihrer Ansicht nach ist dieser nicht gegeben, da die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Das Erfordernis einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 14a Abs. 1 IVG sei nicht erfüllt, denn für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei bei langer Dauer, welche vorliegend ohne Weiteres zu bejahen sei, auch die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten mit zu berücksichtigen (Art. 6 Satz 2 ATSG).

5.1.3 Der Gesetzgeber formulierte die Voraussetzungen für den Anspruch auf Integrationsmassnahmen bewusst so, dass sie rasch abgeklärt werden können – dies mit Blick darauf, dass diese Massnahmen umso wirkungsvoller sind, je rascher sie in die Wege geleitet werden (BBI 2005 4523). Es ist nach dem Willen des Gesetzgebers im Einzelfall deshalb nicht vertieft zu prüfen, inwieweit die versicherte Person in der angestammten Tätigkeit und in angepassten Tätigkeiten in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Vielmehr ist der grundsätzliche Anspruch auf Integrationsmassnahmen (aus medizinischer Sicht) zumindest dann ohne Weiteres zu bejahen, wenn in der angestammten Tätigkeit eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit (mindestens 50 %) vorliegt und die versicherte Person nicht offensichtlich in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist (vgl. Entscheid 8C_303/2009 des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2010, E. 7.2). Nachdem im vorliegenden Fall erstellt ist, dass der Beschwerdeführerin die angestammten Tätigkeit überhaupt nicht mehr zugemutet werden kann, und fraglich ist, ob sie in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, ist der Anspruch auf Integrationsmassnahmen grundsätzlich zu bejahen. Ob und allenfalls welche konkreten Massnahmen in die Wege zu leiten sind, hat die Beschwerdegegnerin deshalb im Rahmen eines Eingliederungsgesprächs näher abzuklären, und zwar nicht erst nach Vorliegen der Ergebnisse der weiteren medizinischen Abklärungen.

5.2 Zum Anspruch auf berufliche Massnahmen:

5.2.1 Die beruflichen Massnahmen umfassen Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe (Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG). In Frage kommt vorliegend insbesondere ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung; die Beschwerdeführerin beantragt denn auch nur Arbeitsvermittlung und nicht anderweitige berufliche Massnahmen. Gemäss Art. 18 Abs. 1 lit. a IVG haben



Versicherte, die im Sinne von Art. 6 ATSG arbeitsunfähig, aber eingliederungsfähig sind, Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes. Aus der Botschaft des Bundesrates vom 22. Juni 2005 zur Änderung des IVG (5. IV-Revision) geht hervor, dass alle stellenlosen Personen, die ihre bisherige Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausüben können, Anspruch auf Arbeitsvermittlung durch die Invalidenversicherung haben, somit auch Hilfsarbeiter, die in einer angepassten Hilfstätigkeit noch voll arbeitsfähig sind (BBI 2005 4524; vgl. auch den Entscheid IV 2009/118 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Juli 2009, E. 2.3). In diesem Zusammenhang ist auch Art. 18a Abs. 1 IVG zu berücksichtigen, wonach während der erforderlichen Anlern- oder Einarbeitungszeit, längstens jedoch während 180 Tagen, ein Einarbeitungszuschuss entrichtet werden kann, wenn Versicherte im Rahmen der Arbeitsvermittlung einen Arbeitsplatz gefunden haben. Nach der Botschaft des Bundesrats soll damit sichergestellt werden, dass die versicherte Person und ihr Arbeitgeber gerade auch in der Anfangsphase eines neuen Arbeitsverhältnisses auf die Unterstützung von Fachpersonen aus der IV zählen können. Durch Einarbeitungszuschüsse soll in der konkreten Situation abgeklärt werden, ob die versicherte Person den Anforderungen einer konkreten Arbeitsstelle gewachsen ist (BBI 2005 4565).

5.2.2 Wie den Akten der Beschwerdegegnerin entnommen werden kann, wurde ein allfälliger Anspruch der Beschwerdeführerin auf Arbeitsvermittlung summarisch geprüft und anschliessend aufgrund der im Gutachten des ABI attestierten vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bzw. mangels gesundheitsbedingter Einschränkungen bei der Stellensuche verneint. In ihrer Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin sodann zusätzlich aus, auch Art. 18 Abs. 1 IVG beziehe sich auf Art. 6 Satz 2 ATSG, weshalb angesichts der vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung bestehe.

5.2.3 Diese Begründung widerspricht dem klaren Willen des Gesetzgebers, der im Rahmen der 5. IV-Revision den Anspruch auf Arbeitsvermittlung explizit ausweiten und auch Hilfsarbeitern, die in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sind, einen entsprechenden Anspruch zuerkennen wollte. Nachdem vorliegend aber ohnehin den Akten nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit entnommen werden kann, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, ist der



grundsätzliche Anspruch auf Arbeitsvermittlung ohne Weiteres zu bejahen. Der Beschwerdeführerin, die in der Beschwerde und der Replik zum Ausdruck gebracht hat, dass sie an beruflichen Massnahmen interessiert ist, ist demnach Arbeitsvermittlung zu gewähren, eventuell – wenn sie eine Stelle findet – verbunden mit Einarbeitungszuschüssen.

6.

6.1 Die Verfügungen vom 3. Februar 2009 sind demnach in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben, und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen weitere medizinische Abklärungen und eine eingehende Eingliederungsberatung vornehme und prüfe, ob geeignete Integrationsmassnahmen durchzuführen seien. Parallel dazu ist Arbeitsvermittlung angezeigt, in deren Rahmen sich die Gewährung von Einarbeitungszuschüssen als sinnvoll erweisen könnte.

6.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

6.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP [sGS 951.1]). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:



St.Galler Gerichte

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügungen vom 3. Februar 2009 gutgeheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen weitere medizinische Abklärungen vornehme und Eingliederungsmassnahmen prüfe.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.